

PharmaCare GmbH

Raiffeisenallee 16 • 82041 Oberhaching

Tel.: 089-219 66 88-70 • Fax: 089-219 66 88-76

E-Mail: info@pharmacare.de • www.pharmacare.de

PharmaCare® - SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Wenn Sie nicht am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen möchten, so betrachten Sie dieses Schreiben bitte als gegenstandslos.

Bestätigung

Ich ermächtige die PharmaCare® GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der PharmaCare® GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Kundennummer: VS _____

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Kontoinhaber: _____
sofern abweichend

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Hinweis:

Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.